

# 問 診 票

(2018.01.09 版) 過去カルテ (なし・ )

※ 印は、カルテ作成や緊急連絡の際、必要となります。必ずご記入下さい。

記入日：20 年 月 日

ふりがな※		性 別※	男・女	年 齢※	才
氏 名※		生年月日※		平成・昭和・大正	日
郵便番号※	〒 -	・電 話 (自 宅) ※	( ) -		
住 所※		・勤務先や携帯等、日中 連絡がとれる番号※	( ) -		
職 業	自営・会社員・公務員・無職・主婦・学生(小・中・高 年生)・その他( )				
1. 眼について、今日はどうなさいましたか。 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 両眼 いつ頃からですか。( ) どのような症状ですか。初めての症状ですか。 なにか心当たりはありますか。 ( ) <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい → 使い捨て・ハード・ソフト・未定・定額制の相談 <input type="checkbox"/> 眼鏡の処方箋を書いてほしい → 通常用・老眼鏡・遠近両用・他 ( ) <input type="checkbox"/> 学校検診で引っかかった → 視力・アレルギー・斜視・他 ( ) <input type="checkbox"/> 健診・ドックで要精査の判定 → 視神経乳頭陥凹拡大・黄斑部異常・他 ( )					
2. 今までに、眼の大きな病気にかかったことがありますか。 いいえ・ある → 病名 ( ) 眼科名 ( ) いつ頃、どんな治療を受けましたか。( )					
3. 状況により、散瞳検査(瞳孔を拡げる眼底検査)が必要な場合があります。本日この後、車・バイクの運転や、細かい危険な作業の予定はありますか。→ いいえ・ある					
4. 現在、眼以外の病気で治療を受けていますか。 高血圧・糖尿病・高脂血症(脂質代謝異常)・心臓病・前立腺肥大・喘息 膠原病 ( )・ヘルペス・帯状疱疹・蓄膿症(副鼻腔炎)・心療内科 その他 ( )					
5. 今までに、眼以外の大きな病気にかかったり、大きな手術を受けたことがありますか。 脳梗塞・脳出血・心筋梗塞・手術 ( )、いつ頃ですか。( )					
6. 今までに、薬や注射、造影剤、食べ物などでアレルギー反応を起こしたことがありますか。 いいえ・ある → 原因となった薬品名・食品名 ( ) どのような症状が出ましたか。( )					
7. 現在、妊娠中、あるいは授乳中ですか。 いいえ・妊娠中 ( )ヶ月・授乳中					

※お薬手帳をお持ちの方は、受付時にお出し下さい。

問診者 \_\_\_\_\_